

# Anmeldung zur Erstberatung

<b>Kind</b>	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort	
Familiensprachen	

Eltern	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Strasse/Nr.		
PLZ/Ort		
Telefon		
Email		
Dolmetscher erwünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sprache

Anmeldungsgrund:			
Kinderarzt/ Hausarzt		Adresse, Tel.-Nr., Email	
Fachpersonen		Adresse, Tel.-Nr., Email	

Die Eltern/Erziehungsberechtigten sind mit der Anmeldung bei der Fachstelle Sonderpädagogik einverstanden.

Die Eltern/Erziehungsberechtigten berechtigt die Mitarbeitenden der PRAXIS DIELSDORF MJP zum schriftlichen und mündlichen Austausch mit anderen (Kinderärzten, Fachstellen Sonderpädagogik, Amt für Jugend und Bildung und anderen Fachpersonen aus therapeutischen und sonderpädagogischen Bereichen) über die Situation des Kindes, sofern dies im Interesse des Kindes für die Abklärung von sonderpädagogischen Leistungen notwendig und geeignet ist.

Datum: \_\_\_\_\_                      Unterschrift(en): \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das Formular an: